

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы
«Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Согласие с условиями Договора Оказания платных
медицинских услуг**

от _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Колтунова Дмитрия Ефимовича, действующего на основании Устава, и

_____ именуемый в дальнейшем «Заказчик»

_____ именуемый в дальнейшем «Потребитель» за плату пользующееся услугами Исполнителя, с другой стороны, также далее именуемые в ряде случаев по отдельности и совместно «Сторона»/«Стороны», «Пациент»/«Представитель пациента» заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

Настоящим Соглашением стороны принимают условия Договора Оказания платных медицинских услуг (далее Договор).

Стороны подтверждают факт обращения Пациента/Представителя пациента в учреждения Исполнителя и проведение Предварительного осмотра Пациента.

Стороны подтверждают, что на основании полученных после Предварительного осмотра данных сформирован план лечения.

1. Пациент/Представитель пациента подтверждает, что он ознакомлен с условиями Договора и прейскурантом одним из следующих способов: в вестибюле Исполнителя; на Интернет Сайте (www.sp53.mos.ru). Все условия договора Пациенту/Представителю пациента понятны и он с ними согласен.
 - 1.1. Настоящим Пациент/Представитель пациента подтверждает, что согласен с предложенным планом лечения и оговоренной стоимостью, претензий по Предварительному осмотру не имеет.
 - 1.2. Пациент/Представитель пациента подтверждает, что предоставил Исполнителю достоверную и полную информацию о себе, согласно пунктам 3.4.1.; 3.4.2.; 4.4.5. настоящего Договора.
 - 1.3. Пациент/Представитель пациента понимает, что в процессе лечения может быть выявлена необходимость изменения плана лечения и соответственно стоимости. В таком случае Исполнитель информирует Пациента/Представителя пациента о такой необходимости, а Пациент/Представитель пациента вправе отказаться от услуг Исполнителя, уплатив стоимость фактически оказанных услуг.
 - 1.4. При нарушении своих обязательств Исполнитель, Пациент/Представитель пациента согласен, что первой инстанцией для разрешения таких нарушения является главный врач учреждения, а фиксацией факта нарушения, является направление Пациентом/Представителем пациента на имя главного врача письменной претензии с описанием нарушения.
 - 1.5. Пациент/Представитель пациента настоящим подтверждает, что Исполнитель ознакомил его с рисками связанными с предоставлением не в полном объеме информации о принимаемых препаратах и состоянии своего здоровья.

1.6. Пациент/Представитель пациента подтверждает, что осведомлен о своем праве бесплатно получать медицинскую помощь, в рамках системы обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации и добровольного отказывается от реализации данного права.

1.7.

РЕКВИЗИТЫ И КОНТАКТЫ СТОРОН.

| ЛПУ: | Пациент: |
|--|--|
| Тел. Регистратуры Интернет сайт: www.sp53.mos.ru | Паспортные данные Пациента/Представителя пациента |
| Главный врач: _____ / _____ / | Пациент/Представитель пациента: _____ / _____ / |